



Kardiologická klinika 2. LF UK a FN Motol
FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, IČ: 00064203

Identifikační štítek pacienta

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM IMPLANTACE EPIZODNÍHO ZÁZNAMNÍKU

1. *Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu (zdůvodnění/indikace):*

- Porucha srdečního rytmu.

2. *Informace o potřebném zdravotním výkonu (o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích):*

- Cílem zákroku je zabezpečení dlouhodobé monitorace tepové frekvence srdce. Výkon spočívá v implantaci elektronického přístroje, který trvale monitoruje srdeční frekvenci a zaznamenává poruchy srdečního rytmu. Přístroj má velikost asi 1x4cm a je implantován pod kůži vlevo od hrudní kosti nebo na levou stranu hrudníku pod prso.
- Implantace epizodního záznamníku je malý operační zákrok, který se provádí v místním znecitlivění na kardiostimulačním sálku pod rentgenovou kontrolou. Nemocný je po celou dobu výkonu při vědomí. Před výkonem nesmíte 6 hodin jíst, pít a kouřit. Pokud máte zubní protézu, vyndejte si ji. Na kardiostimulačním sále budete sterilně zarouškován/a. Po místním znecitlivění kůže a podkoží vytvoří lékař v místě implantace krátkým řezem podkožní kapsu, do které uloží vlastní přístroj, a ránu uzavře stehy. Po výkonu není nutný klid na lůžku.

3. *Rizika zdravotního výkonu:*

- Zejména:
 - lokální infekce v místě výkonu,
 - zanesení infekce do krevního oběhu,
 - hematom (podkožní krevní výron),
 - alergická reakce na lokální anestetikum.

4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- Monitorace externím monitorem, která je omezena délkou monitorace (nejčastěji 1 – 2 měsíce).

5. *Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:*

- Výkon zpravidla neomezuje obvyklý způsob života a pracovní schopnost ani zdravotní způsobilost.

Předpokládaná doba hospitalizace: výkon se provádí ambulantně.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): 1 den.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: nejsou.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: nepředpokládají se.

6. *Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):*

- Desátý den po výkonu se pacient dostaví k vytažení stehů. Na následné kontroly bude dále zván v intervalech cca 6 – 12 měsíců. Do doby odstranění stehů je třeba ránu udržovat čistou a suchou a kryt sterilním obvazem.

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval/a o jeho zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby jím zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace. Pacient/zákonný zástupce pacienta byl seznámen s plánovaným způsobem anestézie (sedace), bude-li použita.

Prohlášení lékaře, bude-li pacientovi implantován zdravotnický prostředek:

Prohlašuji, že jsem poskytl/a pacientovi/zákonnému zástupci pacienta podrobnou informaci obsahující údaje, které umožňují identifikaci zdravotnického prostředku (včetně jeho příslušenství), který bude u pacienta implantován, spolu s pokyny týkajícími se bezpečnosti pacienta a jeho chování, včetně toho, kdy má pacient vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí by se neměl vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.

V Praze, dne20.....

vhod.

Podpis a jmenovka lékaře**Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:**

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován/a o svém zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl/a jsem jim a měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu/souhlasím s provedením výkonu u osoby mnou zastupované, případně s použitím uvedené anestezie (sedace), včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví/život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékaři sdělil/a všechny mně známé okolnosti, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

Jsem si vědom/a, že tento svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Pro zákonného zástupce pacienta:

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý). Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:

V Praze, dne20.....

vhod.

Podpis pacienta* /zákonného zástupce**Identifikace zákonného zástupce:**

Jméno a příjmení:

Datum narození: Vztah k pacientovi:

Podpisová doložka svědka:.....
Důvod nepodepsání, nemůže-li se pacient podepsat.....
Způsob, jakým pacient projevil vůli.....
Jméno a příjmení svědka.....
Podpis svědka

* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového výkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.